

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1915-1916. — N° 23

TRAITEMENT
DES
PLAIES A CICATRISATION LENTE
PAR LE
PANSEMENT AU DIACHYLON
(CHIRURGIE DE GUERRE)

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 15 Avril 1916
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges DUPAS

Né le 27 février 1892, à Rennes (Ile-et-Vilaine).

Médecin aide-major de 2^e classe,

Ancien élève de l'Ecole Militaire du Service de Santé,

Ancien externe des Hôpitaux de Rennes.



LYON
A REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4

Avril 1916

TRAITEMENT
DES
PLAIES A CICATRISATION LENTE

PAR LE
PANSEMENT AU DIACHYLON

(CHIRURGIE DE GUERRE)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1915-1916. — N° 23

TRAITEMENT
DES
PLAIES A CICATRISATION LENTE

PAR LE
PANSEMENT AU DIACHYLON
(CHIRURGIE DE GUERRE)

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 15 Avril 1916
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges DUPAS

Né le 27 février 1892, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

Médecin aide-major de 2^e classe,

Ancien élève de l'École Militaire du Service de Santé,

Ancien externe des Hôpitaux de Rennes.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1916



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie.	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESLEUR
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène :	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THÉVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. A. POLLOSSON, Président ; M. DEVIC, Assesseur ;
MM. NOVÉ-JOSSERAND, et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde affection
et de mon infinie reconnaissance.*

A MES PARENTS, A MES AMIS

*Dont je n'oublierai jamais la bonté à mon
égard.*

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

Qui nous fit le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre respectueuse et profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VILLARD

Nous lui devons l'idée de ce travail. Nous le prions de recevoir l'hommage de notre très vive reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Amenés par le concours des circonstances à terminer nos études médicales pendant la guerre que la France soutient contre les barbares, notre souvenir et notre reconnaissance s'adressent à tous nos maîtres de la Faculté et de l'Ecole militaire de Lyon et de l'Ecole de Médecine de Rennes où nous avons commencé nos études.

Nous adressons l'hommage de notre respectueuse gratitude à M. le D^r VILLARD, qui a bien voulu inspirer ce travail.

Nous remercions bien sincèrement M. le D^r DAYOT, professeur de Clinique chirurgicale à Rennes, dont nous avons été l'externe, et M. le professeur LEDAMANIJ pour leurs enseignements élevés, l'accueil que nous avons trouvé près d'eux, et les soins dévoués qu'ils nous ont donnés.

Nous n'oublions pas nos camarades d'études, nos supérieurs, nos amis du Groupe de Brancardiers de la

31^e Division, notre médecin-chef, M. le Dr GOINY, et nos amis de l'Ambulance 1/16, qui ont traversé avec nous ces heures angoissantes de la guerre actuelle, dont le souvenir restera entre nous comme un lien indestructible.

A tous nous souhaitons la réalisation de leurs vœux, sachant que le plus cher est la victoire de la France.

TRAITEMENT
DES
PLAIES A CICATRISATION LENTE
PAR LE
PANSEMENT AU DIACHYLON
(CHIRURGIE DE GUERRE)

INTRODUCTION

Ce travail a pour objet d'exposer les avantages que l'on peut retirer dans le traitement des plaies de guerre atones de l'emploi du pansement au sparadrap de diachylon. Ce traitement s'applique aux plaies superficielles, mais étendues, qui tardent à se cicatriser.

Cette variété de plaies est assez fréquente, et M. le Dr Villard, dans son Service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, à Lyon, a pu en observer un certain nombre sur les blessés qu'il y reçoit soit presque directement du front, soit d'autres formations sanitaires ou villes voisines.

Ces plaies, présentant par leur aspect, par la lenteur ou l'arrêt de leur évolution normale, par l'insuccès des moyens thérapeutiques employés pour les guérir,

une grande analogie clinique avec les ulcères de jambe variqueux, M. Villard a eu l'idée de les traiter à l'aide d'un pansement, autrefois surtout très employé dans ce genre de plaies : le pansement au sparadrap de diachylon gommé, encore appelé pansement de Braynton.

Depuis qu'il emploie cette méthode, il n'a eu qu'à s'en louer. Nous citerons des exemples de malades, dont les blessures sérieuses étaient guéries depuis longtemps et dont le séjour dans les hôpitaux se prolongeait pour une plaie superficielle insignifiante en apparence, dont la cicatrisation retardait indéfiniment.

Par quelques pansements au diachylon, ces plaies furent cicatrisées. Le succès de cette méthode a donc cet intérêt militaire de rendre à l'armée des hommes immobilisés souvent pour peu de chose.

Pour ces différentes raisons, nous avons entrepris ce travail avec plaisir, suivant les conseils de M. le D^r Villard. Nous consacrerons d'abord un bref chapitre à l'historique du vieux pansement au diachylon dans les ulcères variqueux, puisque c'est là l'origine de notre méthode. Puis nous préciserons les détails du traitement, les conditions de son emploi, et nous citerons enfin les observations que nous avons pu recueillir.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le pansement au sparadrap de diachylon gommé est assez ancien. On pourrait lui donner pour prédécesseur l'emplâtre, que les Arabes appliquaient sur certaines blessures, et qui n'agissait sans doute pas autrement que les cuirasses de diachylon employées plus tard par Chassaignac (*Dictionnaire encyclopédique*, art. PANSEMENTS).

Vers 1800, Baynton utilise chez les indigents de Londres pour les ulcères des jambes le pansement qui porte son nom, le décrit et en publie les bons résultats.

En 1814, au retour d'un voyage en Angleterre, Roux tente de généraliser cette méthode, mais sans obtenir de succès.

En 1831, Philippe Boyer le préconise dans un rapport sur le traitement des ulcères dans la ville de Paris.

En 1844, l'emploi des agglutinatifs se généralise. Laugier, en octobre 1844, dans les *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences*, publie une note sur l'heureux emploi du mucilage de gomme arabique et de la baudruche dans le traitement des plaies suppurantes :

« estimant placer les solutions de continuité profondes, faites avec des plaies tégumentaires étendues dans des conditions très rapprochées de celles qui se pratiquaient par les méthodes dites sous-cutanées ».

En novembre 1844, Chassaignac annonçait à la même société que, depuis trois ans, il employait avec succès l'occlusion faite avec des bandes de diachylon entre-croisées, méthode dont il attribuait l'idée première à Velpeau, qui l'avait signalée dans une de ses leçons publiée en 1831, dans la *Gazette des Hôpitaux*. Chassaignac imbriquait sur la plaie des bandelettes de diachylon, formant une sorte de cuirasse, et ce tégument nouveau était recouvert lui-même d'un linge fenêtré cératé, par-dessus lequel était appliqué un gâteau de charpie, le tout soutenu par quelques tours de bandes.

Conté, à la même époque, applique directement sur la plaie une plaque de caoutchouc, qu'il maintient par des bandelettes emplastiques à la manière de Baynton.

Enfin, Philippe Boyer, dans son *Traité des Maladies chirurgicales* (1844), préconise l'emploi du pansement de Baynton et en apprécie le rôle et le mécanisme en ces termes : « La méthode curative consiste à dissiper l'engorgement qui s'oppose à l'affaissement des bords. »

La compression remplit si parfaitement ce rôle, que la guérison des ulcères en devient très facile. Les chirurgiens anglais emploient pour le traitement des plaies ulcéreuses des membres inférieurs une méthode dont nous avons eu l'occasion d'apprécier les bons

effets. Elle consiste à entourer le membre avec des bandelettes agglutinatives qui, passant sur l'ulcère, en ramènent les bords vers le centre. On couvre exactement l'ulcère avec ces bandelettes, qu'on renouvelle toutes les vingt-quatre heures. Par la compression égale, uniforme, immédiate, qu'elles exercent, et la propriété fondante et résolutive de la substance qui les couvre, les bords de l'ulcère sont ramollis, tandis que tous les points de sa circonférence sont rapprochés du centre. Ces bandelettes compriment assez les parties sur lesquelles elles agissent pour en empêcher l'engorgement, leurs qualités élastiques s'opposent à leur déplacement, et si on a soin d'exercer une compression uniforme sur tout le membre, on peut dispenser le malade de garder le repos absolu. Ce traitement, qui réussit presque toujours dans l'ulcère variqueux simple, ne saurait avoir le même succès, quand l'ulcère est compliqué d'inflammation. Dans ce cas, il faut employer le traitement relâchant, les émollients, cataplasmes, et passer ensuite au traitement précédent, quand on a détruit la complication.

Duplay et Reclus (*Traité de Chirurgie*) citent le pansement de Braynton, en particulier, pour son rôle compressif dans les ulcères variqueux : « Autrefois, on avait recours au pansement de Baynton : des bandelettes de diachylon ou d'emplâtre de Vigo sont imbriquées sur la perte de substance. Elles ont la double fonction d'exciter la couche granuleuse et d'exercer une compression méthodique. Ce procédé classique dans nos hôpitaux, perd du terrain, etc. ».

Forgue et Reclus (*Traité de Thérapeutique chirurg-*

gicale, 2^e édit., 1896) décrivent ainsi le Braynton :
« N'est-ce point à son action compressive que le Braynton doit ses succès ? Des bandelettes bien emplastiques, larges de 2 centimètres, assez longues pour faire une fois et demie le tour du membre, seront disposées en un bandage imbriqué, qui doit commencer à la partie déclive et s'élever au-dessus de la région ulcéreuse ; chaque bande s'applique par son plein sur l'ulcère, puis ses deux chefs se croisent en arrière et se collent latéralement, les bandelettes s'imbriquent, se recouvrant au tiers. Par-dessus, on applique un bandage roulé. A moins que la sécrétion ne soit trop abondante, ce pansement ne doit point être renouvelé avant le troisième jour. Sous cette carapace occlusive, les bourgeons charnus exubérants s'affaissent et le travail de cicatrisation commence ou progresse. Il est d'ailleurs sous entendu que la surface de l'ulcère doit être pansée suivant les règles antiseptiques habituelles. »

Legouest (*Dictionnaire Encyclopédique*) signale l'emploi des agglutinatifs d'une façon plus générale. Les services qu'ils peuvent rendre, ne se bornent pas à la réunion des plaies simples, ils sont souvent mis en usage dans le pansement des plaies avec perte de substances, des plaies contuses, des plaies avec larges déchirures ségumentaires, dont ils abrègent la durée de guérison. Ils réunissent ce double avantage dans leur action : la compression exacte et la rareté des pansements.

Dans ces résumés des vieilles méthodes, que nous venons de citer, le pansement de Braynton est décrit à

peu près tel que nous l'appliquons. Les auteurs attribuent son succès tour à tour à différents facteurs, dont nous retrouverons le rôle dans le mécanisme de son action sur les plaies de guerre, justifiant ainsi jusque dans leur traitement, l'analogie que nous avons remarquée entre ces plaies et les ulcères.

CHAPITRE II

LES PLAIES DE GUERRE A CICATRISATION LENTE

Description. — Nous avons vu dans le Service de M. le D^r Villard un assez grand nombre de plaies de guerre, atones, granuleuses, ou à cicatrisation retardée. Par leur aspect et leur évolution elles se rapprochent des ulcères, bien que l'on ne puisse pas invoquer dans leur pathogénie tous les facteurs dystrophiques, nerveux et circulatoires, qui interviennent dans les ulcères ordinaires. Toutes ces plaies, soit qu'elles soient primitivement superficielles, n'intéressant que les téguments, avec intégrité des muscles et organes sous-jacents, soit que d'abord profondes, elles soient devenues par bourgeonnement superficielles, restent dans cet état sans aucun progrès sensible vers la cicatrisation. Tantôt elles continuent à suppurer abondamment, leurs bords rougeâtres, œdématisés, ne montrent pas trace de liséré épidermique. Leur fond ne montre pas une membrane granuleuse de couleur rosée, mais présente des bourgeons irréguliers mous, blafards, exubérants, saignant facilement.

Tantôt ce fond est plat, lisse, sans apparence de

couche granuleuse, pâle, couleur chair de saumon, sans suppuration abondante, mais la cicatrisation paraît arrêtée ou suspendue complètement. C'est ainsi que des plaies, longues et larges de quelques centimètres à peine, restent des mois sans progrès. Le blessé raconte qu'au début sa plaie a été pansée cependant fréquemment et régulièrement avec des antiseptiques, la teinture d'iode en particulier.

CAUSES DES PLAIES ULCÉREUSES

Dans cette variété de plaies qui nous intéresse, il paraît difficile de faire jouer un rôle prépondérant à telle ou telle cause, ni même d'apprécier bien exactement sa valeur. Elles semblent toutes plus ou moins prédisposantes. Nous les diviserons en causes : 1° locales et 2° générales.

L'agent vulnérant. — C'est le plus souvent l'éclat d'obus ou l'éclat de bombe irrégulier, déchiqueté.

Causes locales. — 1° Etat de choc et souillure de la région blessée. L'éclat d'obus n'a pas pénétré, ou alors peu profondément dans les tissus, mais il y a eu forte contusion locale, la plaie est incrustée de fragments de poudre, de débris de terre, sale et irrégulière, anfractueuse.

2° Siège de la blessure. Souvent la plaie siège au thorax ou aux membres inférieurs dont les conditions

d'irrigation sanguine sont relativement défectueuses, surtout si le malade se tient debout; dans des régions où la peau des bords de la plaie est peu mobilisable par glissement, où le pansement est difficilement fixé dans une immobilité parfaite (plis de flexion).

3° La trop grande fréquence des pansements et l'emploi trop prolongé d'antiseptiques puissants lorsqu'ils ne sont plus légitimés par l'état de la plaie.

4° Lésion nerveuse correspondant à la région blessée.

Causes générales. — *L'état général.* — L'état général du blessé a un rôle. On a cité l'anémie consécutive aux autres blessures, les suppurations prolongées, l'âge des maladies préexistantes, le régime, les excès.

ÉVOLUTION DES PLAIES ULCÉREUSES

Nous distinguerons dans l'évolution des plaies ulcéreuses trois périodes :

- 1° La période d'infection et de suppuration ;
- 2° La période où la plaie est atone sans infection ;
- 3° La période de cicatrisation marquée par l'apparition et la marche concentrique du liséré épidermique.

Si la première période est rendue souvent inévitable par l'excessive souillure de la plaie; l'emploi du pansement au diachylon doit supprimer la seconde ou y mettre rapidement un terme et raccourcir considérablement la troisième.

DES DIFFÉRENTS MOYENS EMPLOYÉS
POUR REMÉDIER A L'ATONIE DES PLAIES ULCÉREUSES

Nous ne ferons que de citer les plus connus.

a) Moyens chimiques, topiques, antiseptiques.

Ils sont très nombreux : pulvérisations phéniquées, sulfate de cuivre, acide chromique, nitrate d'argent, tartrate ferrico-potassique, poudre d'iodoforme, pommades au salol et à l'acide borique, pommade au xérophorme, onguent de styrax, emplâtre de Vigo, eau oxygénée, huile goménolée, etc.

b) Moyens physiques : l'air chaud, l'héliothérapie.

Beaucoup de ces procédés ont peut-être donné de bons résultats, mais souvent nous avons vu employer le diachylon avec succès après l'échec des moyens précédents : pommades, poudres, antiseptiques, que nous venons d'énumérer. Le diachylon paraît donner, pour l'épidermisation des plaies, des résultats au moins aussi rapides que l'air chaud et l'héliothérapie, et n'exige pas comme eux, soit un appareil spécial, soit des conditions spéciales comme l'héliothérapie.

La rareté des pansements réduit au minimum le temps que l'on doit consacrer aux soins de ces plaies et n'exige pas, comme les greffes, la technique délicate d'un homme exercé.

c) Les greffes, dont nous venons de parler, constituent la troisième variété de moyens thérapeutiques pour la cicatrisation des plaies atones. Il y en a plusieurs variétés.

Les greffes épidermiques de Reverdin, greffes en îlots, petits et nombreux, ou en lambeaux.

La greffe cornée Marc Sée, en France, et Hodgen, en Angleterre, ont voulu faire de la peau en semant sur la membrane granuleuse des raclures épidermiques. Reverdin a démontré l'inefficacité de ces semis.

La greffe d'Ollier, dermo-épidermique, exigeant une parfaite hémostase de la surface d'application et présentant une assez grande fragilité.

La greffe italienne incommode.

CHAPITRE III

LA MÉTHODE DE PANSEMENT DES PLAIES ULCÉREUSES PAR LE SPARADRAP DE DIACHYLON GOMMÉ

INDICATIONS

L'emploi du diachylon est indiqué toutes les fois qu'une plaie de guerre superficielle de quelque étendue présente les caractères des plaies atones que nous avons décrits précédemment; lorsque l'évolution de cette plaie ralentie ou arrêtée atteint une durée anormale. Il faut alors abandonner les autres moyens thérapeutiques, car lorsque les indications du diachylon sont nettement réalisées, son efficacité est constante.

Si la méthode paraît avoir échoué, c'est que l'on n'a pas tenu compte des contre-indications que nous allons développer et qui portent surtout sur la période de son évolution, où se trouve la plaie, lorsqu'on lui applique le traitement, c'est-à-dire pendant le temps où elle est encore sanieuse et infectée.

CONTRE-INDICATIONS

La principale contre-indication est l'état de la plaie, qui est encore à ce que nous avons appelé la première période de son évolution, c'est-à-dire qui suppure encore avec abondance, qui est encore infectée. Il faut savoir attendre la seconde période, période où la suppuration a cessé, où les sécrétions ont diminué, où l'infection a pratiquement disparu, car il ne s'agit pas, bien entendu, de chercher une asepsie parfaite au sens absolu du mot.

Ne pas respecter cette contre-indication, c'est-à-dire appliquer à contretemps sur une plaie suppurante une carapace occlusive qui, suivant notre méthode, doit rester en place huit ou dix jours, expose à une rétention de pus dont le moindre inconvénient est l'échec complet de la cicatrisation. Ceci serait encore plus vrai si la plaie présentait le moindre signe d'infection : lymphangite ou rougeur et gonflement suspects sur lesquels il n'est pas besoin d'insister.

Cette contre-indication d'infection est également signalée par Boyer a propos des ulcères variqueux.

Il faut aussi que la plaie soit superficielle, sinon l'application imparfaite des bandelettes de diachylon aurait pour effet de créer sous le pansement une sorte de cavité close.

Il faut donc amener la plaie à présenter les caractères requis pour être justiciable de l'emploi du diachylon. Pour cela, un traitement préalable est nécessaire.

Traitement préalable. — Il consiste en quelques pansements humides suffisants en général, pour déterger la plaie et ses bords, en quelques lavages à l'eau oxygénée et pansements à l'huile goménolée, en cautérisations par le crayon au nitrate d'argent des bourgeons charnus exubérants.

Par ces moyens, on amène la plaie à offrir les caractères voulus. Ses bords paraissent affaissés, son fond est suffisamment plat et régulier pour permettre sans inconvénient, l'exacte application du pansement.

LE SPARADRAP DE DIACHYLON

Le diachylon est une substance agglutinative cireuse dont la composition complexe est la suivante :

Emplâtre simple	1.500	grammes
Cire jaune	250	—
Elémi purifié	80	—
Gallanum purifié	25	—
Gomme ammoniacque purifiée .	25	—
Huile d'olive	50	—
Poix de Bourgogne	100	—
Oléorésine de térébenthine . .	150	—

Des bandes de toile mince, longues de 1 mètre environ et larges de 10 ou 15 centimètres, sont enduites sur une seule face de cette substance. Elles constituent le sparadrap de diachylon gommé. Il a l'inconvénient, quelquefois, de n'être pas assez adhérent lorsque la

température est basse, de se sécher, de s'écailler, lorsqu'il est préparé depuis longtemps. Aussi faut-il souvent le chauffer très légèrement au moment de l'appliquer et conviendrait-il de faire varier suivant la saison la proportion de térébenthine qui entre dans sa composition, afin de le rendre plus ou moins souple. Le meilleur moyen de le conserver est de le rouler en cylindres, que l'on renferme dans des boîtes de fer-blanc, après l'avoir préalablement enveloppé de papier à l'huile de lin.

APPLICATION DU PANSEMENT

Préparation de la région et de la plaie. -- Pour permettre l'application plus parfaite du pansement sur la région de la blessure et rendre son enlèvement ultérieur non douloureux, on savonne la région et on rase les poils, pour éviter que ceux-ci, agglutinés par la substance cireuse, soient arrachés par les bandelettes. Ceci fait, on nettoie la plaie et ses bords avec un peu d'éther ou d'alcool, on débarrasse sa surface des sécrétions et des débris cellulaires qui s'y trouvent.

Préparation des bandelettes. — Pendant ce temps, un aide taille aux ciseaux dans une bande de diachylon des bandelettes étroites et longues. Leurs dimensions identiques sont, en largeur, 1 centimètre à 1 centimètre et demi. Leur longueur dépend de la circonférence du membre à la hauteur de la blessure. Elle doit être de une fois et demie la longueur de cette

circonférence. On a toujours tendance à les faire trop courtes. Elles sont appliquées par leur face recouverte de la substance adhésive. On prend chacune d'elles par ses deux extrémités et après les avoir légèrement échauffées pour les rendre adhésives, on les applique par leur plein sur la plaie en en rapprochant les bords, qu'elles maintiendront. Puis les deux chefs, se collant sur le pourtour du membre, s'en vont se croiser l'un sur l'autre du côté opposé, sain; le trajet de la bandelette est légèrement oblique par rapport à l'axe du membre.

La bandelette suivante est déroulée de la même manière mais avec une obliquité opposée à la première. Ou bien on commence à appliquer la bandelette par une de ses extrémités, à quelques centimètres du bord droit de la plaie, par exemple, puis on lui fait traverser le fond de la plaie et continuer son trajet de l'autre côté, avec une légère obliquité, puis son chef encore libre, après avoir contourné le membre, revient traverser la plaie, du bord droit au bord gauche, pour se terminer à quelques centimètres de lui. Les deux chefs de la même bandelette se croisent ainsi sur le centre de la plaie en X, ayant leur extrémité, l'un à droite, l'autre à gauche. La bandelette suivante, d'après l'ordre suivi, est disposée pareillement et de façon que, sur tout son trajet, elle recouvre la précédente par le tiers de sa largeur, et ainsi de suite. On arrive ainsi à avoir, au-dessus de la plaie et sur toute son étendue, le dispositif suivant : chaque extrémité droite, par rapport à la plaie d'une même bandelette, est croisée en dessus par son extrémité gauche, qui est à son tour croisée

en dessus par l'extrémité droite de la bandelette suivante.

La plaie est ainsi exactement recouverte d'une carapace isolante, occlusive, adhérente, dont les éléments sont à la fois imbriqués et entre-croisés.

On termine le pansement en appliquant à ses deux extrémités des bandes plus larges de diachylon, placées circulairement (voir fig. 1).

Pour les plaies situées sur le front, on se contentera de réaliser sur la plaie un entre-croisement de bandelettes imbriquées de la même façon; mais chacune d'elles se prolongera seulement de quelques centimètres à droite et à gauche de la plaie par rapport à l'axe de sa plus grande dimension.

Dans tous les cas, on terminera le pansement en couvrant la plaie d'une couche de ouate maintenue par quelques tours de bande pas trop serrés; on protégera ainsi la carapace de diachylon.

Les bandelettes devront être imbriquées régulièrement et avec soin. Elles adhéreront bien au fond de la plaie, à ses bords et sur tout leur trajet. Cela demande un peu de soin et d'attention.

On peut commencer par croiser les bandelettes au centre de la plaie, mais il vaut mieux, croyons-nous, commencer à la partie inférieure, en particulier pour les membres inférieurs.

DURÉE D'APPLICATION DU PANSEMENT

Nous nous inspirerons pour cette question et de nos observations et du principe de la rareté des panse-

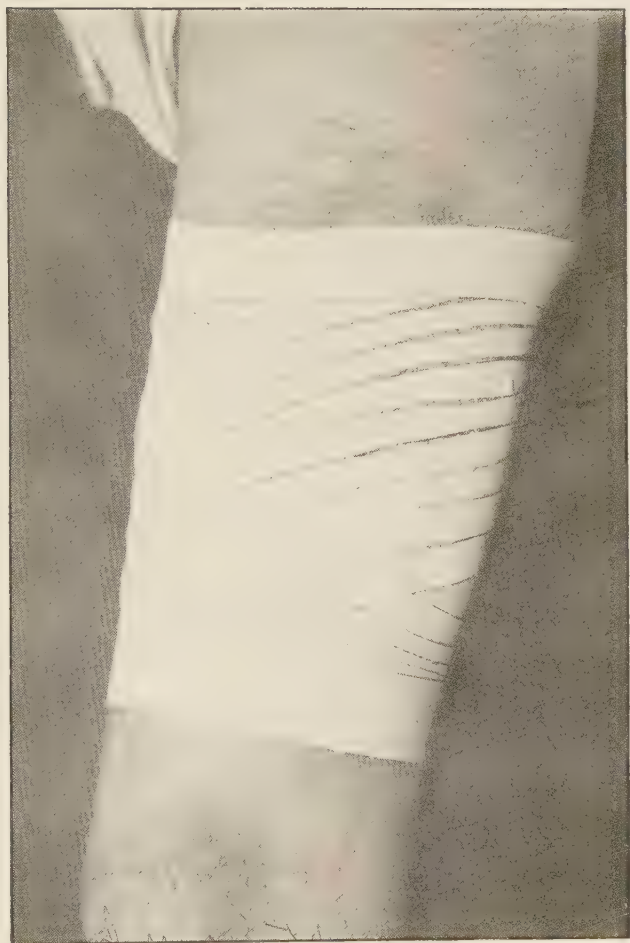


FIG. 1. - M... Saint Joseph.

ments. Dans le Service de M. le Dr Villard, la règle est de laisser le pansement en place huit jours en moyenne, quelquefois six, d'autrefois jusqu'à dix jours. On est même allé jusqu'à faire un plâtre pour immobiliser le pansement et la région chez un malade qui le dérangerait fréquemment. Cette durée n'a pas d'inconvénients si le traitement est bien justifié par les indications que nous avons données. Le pansement rare était déjà recommandé par Ambroise Paré pour les ulcères. « L'ulcère n'aime pas à être déshabillé. » Forgue recommande de laisser le Braynton en place au moins trois jours. Lallemand, de Montpellier, avait imaginé de laisser du jour entre les bandelettes pour faciliter l'écoulement des sérosités. Cela nous paraît inutile ; d'ailleurs la plaie, à ce stade, n'en fournit pas une grande quantité.

RENOUVELLEMENT DU PANSEMENT

En général, le pansement est enlevé le huitième jour. Il est rarement traversé, mais un peu de sérosité a souvent filtré sous les bandelettes et imbibé la gaze ou la ouate. On coupe la bandelette par le côté sain du membre et l'on enlève avec précautions l'ensemble formé par les bandelettes de diachylon. On redouble de soins pour décoller le fond de la plaie.

Il faut éviter, en effet, de léser le liséré épidermique. La substance adhésive se détache quelquefois du tissu et reste collée aux bords de la plaie. Un liquide séro-purulent, coloré en noir par le sulfure de

plomb résultant de la réaction de l'hydrogène sulfuré fourni par la plaie au contact de l'emplâtre (qui, comme l'on sait, contient de la litharge ou protoxyde de plomb), recouvre la surface des bandelettes et de la plaie elle-même. Il ne faut pas s'inquiéter de la collection de ce pus sous le diachylon ; on l'enlève facilement en nettoyant la plaie à l'eau stérilisée. Le pourtour est nettoyé avec un peu d'éther.

Le fond de la plaie est rosé, granuleux, de bon aspect. Les bords aplatis sont prolongés vers le centre de la plaie par un liséré mince, livide, un peu luisant et bleuté, qui fait le tour de la plaie. A peu près partout il a la même largeur, qui dépend de l'état de la plaie et de la durée du pansement. C'est le liséré épidermique, large de quelques millimètres. Il est la preuve que l'épidermisation est amorcée, que la plaie est en voie de guérison : d'où l'importance de son apparition. On refait alors le pansement comme la première fois, avec les mêmes précautions, et on le laisse encore huit jours en place avant de l'enlever.

On voit, à chaque nouveau pansement, le liséré épidermique marcher vers le centre de la plaie en rétrécissant la surface de 1 ou 2 centimètres. Mais, par son bord externe, le liséré se transforme ; cette partie représentant des tissus déjà vieux de plusieurs jours ou de plusieurs semaines, perd sa teinte livide, s'épaissit, devient rosée, sa couleur se fonce de plus en plus, elle durcit ; en un mot, commence une évolution vers le tissu de cicatrisation ordinaire. Enfin, lorsque les lisérés épidermiques des deux bords opposés se sont

rejoints au centre de la plaie, on peut bientôt cesser le traitement au diachylon (voir fig. 2). Souvent l'épidermisation a marché si vite que le tissu fibreux de cicatrice a à peine eu le temps de commencer à s'organiser.

CHAPITRE IV

MODE D'ACTION DU PANSEMENT AU DIACHYLON

CICATRISATION EN GÉNÉRAL

Une plaie de quelque étendue, qui n'a pu être réunie par première intention, se cicatrise par un double mécanisme :

1° Par glissement, par attraction de la peau voisine, par retrait inodulaire plus ou moins prononcé et facile suivant les régions ;

2° Par l'épidermisation qui, du liséré périphérique vers le centre, recouvre la surface bourgeonnante. Nous citerons rapidement les deux théories données pour expliquer l'épidermisation des plaies.

Celle de Virchow : les cellules du tissu conjonctif du bourgeon charnu seraient capables, après avoir repris la forme embryonnaire, de s'organiser en d'autres tissus ; en particulier elles seraient susceptibles de se transformer en cellules épidermiques. C'est le principe de l'indifférence cellulaire. Hors Robin, dès 1852, a démontré le principe de la spécificité cellulaire généralement admis. Il faut, pour faire de l'épiderme,

des cellules épidermiques et si, dans certains cas, l'on a vu se former au milieu d'une plaie un îlot cicatriciel, un centre épidermique, sa formation s'explique soit par transport et greffe accidentelle de cellules de la couche de Malpighi ou par la survivance de résidus de cette couche ou de débris de glandes sudoripares. De même Reverdin a démontré que la greffe cornée de Marc Sée ne pouvait réussir que par les mêmes circonstances accidentelles.

Nous avons toujours vu la cicatrisation de la plaie s'amorcer par la formation du liséré épidermique périphérique. Il semble donc bien que c'est par simple prolifération des cellules épidermiques du pourtour de la plaie et du liséré que l'épidermisation se fait de proche en proche, favorisée par l'influence du pansement. Nous distinguerons entre les facteurs du rôle favorisant du pansement au diachylon, les facteurs mécaniques et les facteurs chimiques.

FRACTURES MÉCANIQUES

1° L'attraction des tissus voisins, autrement dit le rapprochement des bords de la plaie, est des plus importants. Il est réalisé et maintenu à distance par chaque élément du pansement, par chaque bandelette qui prend son point d'appui sur plusieurs centimètres de chaque côté de la plaie, sollicitant ainsi l'élasticité des tissus voisins.

2° La compression : les bandelettes exercent sur la plaie une action compressive uniforme qui contribue

à refréner l'exubérance de ses bourgeons charnus, à affaisser ses bords, luttant contre leur œdème inflammatoire, empêchant aussi leur décollement éventuel. « La compression, nous dit Unna, est kératoplastique en diminuant l'afflux des liquides dans les parties superficielles. »

3° L'immobilisation de la plaie. Par leurs propriétés agglutinatives et adhérentes les bandelettes immobilisent parfaitement les régions de la plaie.

4° Protection de la plaie. Elle est réalisée par ce pansement exclusif.

5° La rareté des pansements.

6° La compression du membre. Cette compression du membre par le pansement ne doit pas être considérable. Elle jouait surtout un rôle dans le cas d'ulcère variqueux.

FACTEURS CHIMIQUES

Ils résultent de la composition du diachylon que nous avons donnée. L'emplâtre simple est employé comme topique, la gomme ammoniacque et les différentes résines ont un rôle légèrement excitant et antiseptique. Au total on attribue à l'emplâtre du diachylon des propriétés émollientes fondantes résolutive et excitantes.

CONDITIONS ET SOINS FAVORABLES A L'ACTION DU PANSEMENT

Il y a des régions qui, par leurs formes extérieures, se prêtent mal à l'immobilité du pansement. Nous

avons observé plusieurs de ces cas. La marche et la station debout ont paru nuire aux bons effets du pansement, soit que celui-ci tende à glisser, que la peau tiraillée dans les mouvements de flexion et d'extension rende vains l'immobilisation de la plaie et le rapprochement de ses bords, soit que la circulation sanguine soit modifiée par un certain degré de stase veineuse.

On conseillera donc, surtout lorsque la plaie est encore assez étendue et siège aux membres inférieurs, aux plis de flexions, le repos du membre, sa position horizontale, même légèrement surélevée.

IMPORTANCE RELATIVE DE TOUS CES FACTEURS

Les facteurs mécaniques paraissent avoir une valeur prépondérante. Leur action est d'ailleurs due aux propriétés adhésives du diachylon. Le rapprochement des bords, leur compression régulière, leur immobilisation parfaite favorise le travail d'une épidermisation dont Thiersch a souligné la fragilité. La rareté des pansements lui donne le temps de s'effectuer chaque fois d'une façon notable. Remarquons que les procédés naturels de la cicatrisation sous-crustacée des plaies ne sont pas différents. La croûte sur une plaie étendue se formera difficilement formant des saillies irrégulières ; elle risque, en s'arrachant, de détruire les progrès accélérés. Son rôle, en tous cas, est de protéger le travail d'épidermisation, d'exercer une sorte de compression et comme une sorte de collodion rétractile, adhérent aux bords de la plaie, de les rapprocher progres-

sivement en donnant à l'élasticité des tissus le temps de se manifester. La carapace adhérente du diachylon forme d'emblée sur la plaie une sorte de croûte artificielle la recouvrant très largement et facile à enlever au besoin et possédant des propriétés kératoplastiques supérieures.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Avant de citer nos observations, nous tenons à signaler que M. le Dr Villard possède dans son Service une superbe série de photographies en couleur de plaies aux différents stades de leur cicatrisation.

En particulier, ces photographies¹ se rapportent aux trois premières observations. On y suit avec netteté les progrès du liséré épidermique.

OBSERVATION I

Salle Gensoul, n° 6. L..., Jean, 13^e régiment d'infanterie.

Blessé le 30 juin 1915 à la Tête-à-Vache, par éclat d'obus.

Admis dans le Service, le 1^{er} septembre 1915, venant de Valence. Présente à son entrée une large plaie ulcéreuse à la face postérieure de la cuisse droite.

Plaie médiane de 25 centimètres de long sur 3 centimètres de large, sans aucune tendance à la cicatrisation spontanée, déjà vieille de trois mois.

7 septembre. — On applique un premier pansement au diachylon.

¹ Photos Lumière, Lyon.

14 septembre. — On constate l'apparition d'un liséré épidermique sur tout le pourtour de la plaie, large de 1 demi-centimètre en moyenne. Nouveau pansement.

21 septembre. — Apparition d'un liséré épidermique de 1 centimètre, la plaie cicatrisée aux angles. Nouveau pansement.

8 octobre. — La cicatrisation est complète, le malade est évacué avec une cicatrice souple et sans adhérences. Durée du traitement : un mois.

OBSERVATION II (fig. 1).

M... Ernest, 91^e régiment d'infanterie.

Blessé le 26 avril 1915 aux Eparges, par éclats d'obus. Salle Gensoul, n° 33.

Admis dans le Service le 1^{er} septembre, venant de Valence. Présente à son entrée : 1^o une plaie ulcéreuse de la cuisse gauche (consécutive à une prise dermo-épidermique pour cicatriser la plaie de son mollet droit, tentative sans succès); 2^o une large plaie étoilée, très bourgeonnante, à la face interne du mollet droit, longue de 15 centimètres, large de 5 à 6 centimètres. Sur cette plaie, le 7 septembre, premier pansement avec diachylon.

14 septembre. — Apparaît un liséré épidermique de 3 centimètres.

22 septembre. — Il ne reste plus que quelques îlots bourgeonnants au milieu de la plaie.

30 septembre. — Cicatrisation totale. Bonne cicatrice.

Dans le même temps, la plaie de la cuisse est cicatrisée par le même procédé.

Durée du traitement : trois semaines.

OBSERVATION III

Salle Saint-Joseph, V..., Joseph, 64^e régiment d'infanterie.

Blessé par des éclats de bombe le 7 août 1915, aux Eparges.

Admis dans le Service, le 3 septembre 1915. Séton avant-bras droit, fractures du coude et de l'avant-bras gauche (traitées par les plaques de Lambotte). Large plaie superficielle atone de la face externe de la cuisse gauche, de couleur chair de saumon caractéristique, sans bourrelet épidermique, longue de 12 centimètres, large de 6 centimètres.

2 octobre 1915. — Sur cette plaie, premier pansement au diachylon.

10 octobre. — Deuxième pansement, la plaie prend une teinte rouge vif.

18 octobre. — Troisième pansement. Apparition d'un bourrelet épidermique de 1 demi-centimètre. Quelques bourgeons sont cautérisés au nitrate d'argent.

23 octobre. — Quatrième pansement, mêmes soins.

30 octobre. — Cinquième pansement. Le malade ayant voulu marcher trop longtemps, il paraît y avoir eu régression du liséré épidermique.

6 novembre. — Sixième pansement. Le liséré s'est reformé.

19 novembre. — Septième pansement. Le liséré a 2 centimètres de large.

20 novembre. — Huitième pansement. Plaie cicatrisée. Bonne cicatrice.

Durée du traitement : quarante-huit jours. Le retard est dû à l'accident arrivé en cours. Il a été pris à chaque étape de cicatrisation une photographie en couleur.

OBSERVATION IV

Salle Sabran. F..., Pierre, 10^e régiment d'infanterie.

Blessé par éclats d'obus le 14 mai 1915, au bois d'Ailly, vient de l'hôpital Bourg-de-Péage (Isère). Admis le 23 octobre 1915.

Plaies multiples, entre autres, large plaie ulcéreuse au creux poplité droit de 6 centimètres de diamètre.

La cicatrisation complète est obtenue en quatre pansements au diachylon.

Durée du traitement : un mois.

Evacué le 24 février 1916 (ankylose du genou, etc.).

OBSERVATION V

Salle Sabran. P..., Etienne, 142^e régiment d'infanterie.

Blessé le 25 septembre 1914, à Renoncourt (Woëvre).

Admis le 30 septembre 1914. Fracture compliquée de la jambe gauche par éclats d'obus. Suture osseuse (plaques de Lambotte).

Après consolidation de sa fracture, il persiste sur toute la face antéro-interne de la jambe une plaie ulcéreuse de 25 centimètres de long sur 3 centimètres de large.

Cicatrisation complète par deux pansements au diachylon.

Durée du traitement : quinze jours.

OBSERVATION VI (fig. 2).

C..., Robert, médecin auxiliaire, 23^e régiment d'infanterie.

Blessé le 24 décembre 1915 à l'Hartmannswillerkopf.

Transfixion de la cuisse droite au tiers supérieur par une balle et de la cuisse gauche au tiers moyen par le même projectile. Intégrité du squelette et des vaisseaux. Légère lésion du sciatique gauche (sciatique poplitée externe). Légère parésie. Chute du pied, etc.

Admis le 2 février 1916. Les quatre plaies orificielles sont encore assez étendues, surtout à gauche où les deux plaies suppurent assez abondamment. Dimensions : 10 centimètres sur 4 centimètres.

10 février. — Premier pansement au diachylon à la cuisse gauche.

15 février. — Deuxième pansement, pas encore de liséré épidermique.

22 février. — Troisième pansement. Apparition du liséré.



FIG. 1. — C... Robert, médecin auxiliaire.
Etat de la plaie apres traitement au diachylon.

1^{er} mars. — Quatrième pansement. Liséré de 1 centimètre et demi. En même temps, les plaies de la cuisse droite, traitées de la même façon, se sont cicatrisées.

9 mars. — Cicatrisation presque achevée à gauche.

Durée du traitement : trois semaines. A gauche, un mois. Cicatrices présentant à peine quelques légères adhérences.

OBSERVATION VII

Salle Saint-Joseph. D..., 56^e régiment d'infanterie.

Blessé le 14 mars 1915, au bois d'Ailly.

Admis le 5 juillet 1915. Fracture compliquée de la cuisse droite, col du fémur. Immobilisation dans une gouttière.

Après consolidation, il subsiste une plaie ulcéreuse de quelques centimètres, derrière le grand trochanter.

Décembre 1915. — On applique un premier pansement au diachylon qui amorce l'épidermisation.

Après trois autres pansements, faits à huit jours d'intervalle, la plaie est presque cicatrisée; il persiste cependant une fistule étroite due à la présence d'un séquestre ultérieurement extrait. La plaie est parfaitement guérie.

Durée du traitement : un mois.

OBSERVATION VIII

Salle Chavanne. B..., Marius, 281^e régiment d'infanterie.

Entré le 16 octobre 1915. Large plaie de la région lombaire par éclat d'obus. Plaie superficielle ulcéreuse suppurant abondamment. A la fin de janvier, après l'application de pansements humides, la plaie se déterge, ses bords s'affaissent, son fond bourgeonne, mais ne marque aucune tendance à l'épidermisation. Ses dimensions sont de 25 centimètres sur 4 centimètres.

Un premier pansement au diachylon amorce le liséré épidermique.

Deux autres pansements à huit jours d'intervalle conduisent la plaie jusqu'à la cicatrisation complète.

Durée totale du traitement : trois semaines.

OBSERVATION IX

Salle Chavanne. L..., Jean, 10^e régiment d'artillerie.

Blessé au parc d'artillerie accidentellement, par une explosion, dans la nuit du 3 au 4 janvier 1916.

Entré à cette date. Blessures multiples par éclats à la face, à l'avant-bras gauche et à la cuisse gauche.

1^o La plaie de la face dorsale de l'avant-bras gauche est traitée, après quelques soins préalables, par le diachylon. En deux pansements, suivant la méthode habituelle, cette plaie de quelques centimètres est cicatrisée. Durée du traitement : deux semaines.

2^o La plaie de la cuisse gauche (face externe) est beaucoup plus grave ; elle est compliquée de brûlure, incrustée de poudre, et de très mauvais aspect ; brûlure du troisième degré, sphacèle secondaire et chute de l'escarre. Les bords de la plaie sont taillés à pic. Dimensions : 10 centimètres sur 7. Après un pansement préparatoire, on applique le pansement au diachylon ; sous son influence, les bords s'affaissent, le fond bourgeonne, le liséré épidermique progresse. La plaie, encore en traitement, est à moitié cicatrisée.

OBSERVATION X

Salle Chavanne. D..., Jean, 87^e d'infanterie.

Blessé à Tahure, le 9 octobre 1915.

Plaie par éclat d'obus au tiers supérieur de la face antérieure de la cuisse droite avec perte de substance importante.

Destruction de la peau et de l'aponévrose, hernie consécutive des fibres musculaires du droit antérieur. Plaie qui

fut très souillée, très infectée, dont les bords sont taillés à pic. Elle a donné lieu à une abondante hémorragie. Dimensions, 7 centimètres sur 7.

Pansements humides pour la déterger; elle se comble et bourgeonne, mais pas de liséré épidermique.

2 janvier 1915. — On lui applique le traitement au diachylon. Au 1^{er} pansement, le liséré épidermique a 1 centimètre.

Au deuxième pansement, la plaie est réduite de plus de moitié.

Au troisième pansement, cicatrisation achevée.

Durée du traitement : vingt jours.

OBSERVATION XI

Salle Chavanne. H... Maurice, 70^e bataillon de chasseurs à pied.

Blessé le 11 septembre 1915, « au Linge ».

Entré le 16 septembre. Séton par balle de la cuisse droite au tiers supérieur, avec large orifice de sortie.

Irritation du sciatique, névralgie consécutive. On doit intervenir pour libérer le nerf que l'on trouve englobé dans une gaine fibreuse cicatricielle.

1^o Après cette intervention, il persiste au niveau de la ligne d'incision une plaie superficielle ulcéreuse. On ne constate pas de troubles de la sensibilité.

Cette plaie se cicatrise cependant après l'application de trois pansements au diachylon.

Durée du traitement : trois semaines. Cicatrice non douloureuse.

2^o Au niveau du large orifice de sortie de la balle persistait une large plaie de 7 centimètres de longueur sur 5 de largeur, sans tendance à la cicatrisation.

Un premier pansement au diachylon amorce le liséré épidermique.

Deux autres pansements achèvent la cicatrisation. Durée de ce traitement : vingt jours. Cicatrice sans adhérence profonde.

OBSERVATION XII

Salle Chavanne. B... Léon, 12^e bataillon de chasseurs à pied.

Blessé le 14 juin 1915 à Sulzern.

Broisement de l'humérus gauche. Amputation du bras.

Plaie superficielle du thorax, région mammaire gauche large de 12 centimètres sur 10 de longueur ne suppurant pas abondamment.

1^o Sur la plaie du thorax après l'échec des procédés ordinaires nitrate d'argent, huile gomélonée, on lui applique des pansements au diachylon.

Au deuxième pansement, apparition du liséré épidermique. Dès lors, les progrès de la cicatrisation marchent régulièrement et, malgré l'étendue et la forme défavorable de la plaie, la guérison est obtenue à fin décembre, après sept pansements. Durée du traitement : deux mois.

2^o Sur la plaie du moignon d'amputation du bras gauche, persistait une plaie qui, au premier abord, paraissait devoir nécessiter une retouche. On peut éviter toute intervention en employant des pansements au diachylon. En trois semaines, la plaie est cicatrisée.

Bonne cicatrice non douloureuse.

OBSERVATION XIII

Salle Sainte-Jeanne. X..., Alfred.

Blessé le 15 juin 1915. Entré le 27 juillet 1915.

Plaies multiples par éclats de bombe.

1^o Plaie chirurgicale (amputation de la jambe gauche).

2^o Plaie de la cuisse droite, au-dessous du grand trochanter.

3° Plaie de la jambe droite, face postérieure, tiers supérieur. Toutes ces plaies sont bourgeonnantes, mais sans liséré épidermique et leur cicatrisation ne fait aucun progrès.

22 août. — On leur applique des pansements au diachylon.

La plaie chirurgicale est cicatrisée en quinze jours par deux pansements au diachylon.

Les deux autres plaies sont guéries simultanément au troisième pansement.

Durée du traitement : trois semaines.

OBSERVATION XIV

Salle Gensoul. D..., sergent au 34^e colonial.

Plaie accidentelle de la malléole interne par coup de crosse de fusil, il y a huit mois étant à Valence, en juillet 1915. La plaie eut tendance d'abord à s'ulcérer. Des pansements à l'huile goménolée amenèrent une amélioration. Puis le malade fut envoyé dans une formation sanitaire où tous les jours ou tous les deux jours on le pansait à la teinture d'iode ou avec une pâte à l'oxyde de zinc. La plaie ne faisant aucun progrès, on envoie le malade à Valence où on le traite par l'air chaud. Enfin, il entre à la salle Gensoul au mois de décembre où on lui applique des pansements au diachylon. Les deux derniers pansements sont laissés chacun dix jours, immobilisés par un petit plâtre.

Actuellement, la plaie est complètement cicatrisée.

OBSERVATION XV

Salle Gensoul, n° 3. B..., Jean, 37^e colonial.

Blessé le 9 juillet au Bois le Prêtre, par des éclats d'obus.

1° Plaie de la région dorsale gauche, à la suite de

laquelle le malade fait une pleurésie purulente. Empyème le 26 juillet.

2° Plaie superficielle de la face postérieure du bras gauche.

3° Plaie superficielle de la malléole interne gauche.

30 août. — Le malade entre à Gensoul. La plaie du pied guérit rapidement, mais celle du bras suppure abondamment, sans aucune tendance à la cicatrisation. L'état général est mauvais; le 24 novembre, nouvelle intervention pour l'empyème. Entre temps, la plaie du bras suppure toujours. Les pansements secs, après lavage à l'éther, à l'eau oxygénée, d'abord faits tous les trois jours, puis plus espacés, ne donnent aucun résultat. La plaie reste pâle, atome, sans liséré épidermique. Dimensions : 7 centimètres sur 6.

En janvier, on applique des pansements au diachylon et, dès le premier, le bourrelet épidermique apparaît le branle donné à l'épidermisation, celle-ci progresse rapidement. La cicatrisation est obtenue par quatre pansements, c'est-à-dire en un mois. Le malade reste en traitement pour son empyème.

OBSERVATION XVI

Salle Gensoul, W..., J..., 42° territorial.

Blessé le 7 juin 1915, au Bois-le-Prêtre, par éclats d'obus. Amputation du gros orteil gauche. Plaie de la cuisse gauche. Décollement de la fesse droite.

Plaie de la région dorsale droite ayant déterminé une pleurésie purulente. Le blessé reste deux mois à Toul, où on lui fait au cours de son traitement un abcès de fixation à la cuisse droite. Cet abcès est ouvert huit jours après. Il donne beaucoup de pus; une plaie se forme, qui s'agrandit, atteint une largeur de 10 centimètres.

Entré salle Gensoul le 23 août, on fait sur cette plaie des pansements à l'huile goménolée, puis des applications de pommade au xéroforme. Le 15 octobre, alors que la plaie

ne suppure plus, mais reste pâle, atone, on applique quatre pansements au diachylon, suivant la méthode ordinaire. Le liséré épidermique apparaît dès le premier pansement.

La cicatrisation marche alors rapidement, bien que le malade ait toujours un mauvais état général, fièvre élevée, suppurations abondantes.

Le 15 novembre la plaie est guérie.

Durée du traitement, un mois. Bonne cicatrice souple, sans adhérences.

RÉSULTATS

De l'ensemble des observations que nous avons citées, il semble résulter que la plupart des plaies superficielles ulcéreuses voient leur guérison amorcée d'abord, puis achevée rapidement par le pansement au diachylon dès le jour où il est employé. C'est surtout l'épidermisation dont le développement et la marche concentrique sont favorisés.

Les progrès du liséré épidermique sont en moyenne de 1 à 2 centimètres pour chaque période de huit jours correspondant au séjour sur la plaie d'un même pansement. On pourrait presque parler de vitesse moyenne d'épidermisation. Le plaie se rétrécissant d'une quantité double dans le même temps, soit 3 ou 4 centimètres pour huit jours, par le fait de la marche de ses deux bords l'un vers l'autre.

En général, des plaies de dimensions moyennes sont cicatrisées en quinze jours ou un mois. C'est là la durée moyenne du traitement dans nos observations. Souvent

ces résultats sont obtenus malgré un état général rendu mauvais par la fièvre élevée, les suppurations prolongées d'autres blessures.

Les cicatrices obtenues évoluent, comme toutes les cicatrices, vers la transformation en tissu fibreux, en même temps que leur couleur se fonce, mais moins souvent leur rétraction n'amène la peau voisine, par suite de l'attraction qu'elle subit vers elles, à former à leur pourtour une couronne de plis au fond de laquelle la cicatrice paraît déprimée, adhérente, immobilisable.

En effet, la rétraction cicatricielle paraît d'autant moins grande que la durée de la cicatrisation a été plus courte.

Les cicatrices données par le traitement au diachylon sont aussi peu déprimées et aussi mobiles que possible et non douloureuses.

Le pansement au diachylon n'a pas la prétention, nous l'avons vu, de cicatriser une plaie infectée et de remplacer les autres méthodes de pansement ; mais en leur succédant, dès qu'il est possible, il fait entrer certaines plaies dans la voie de la guérison.

Dès lors, mieux que les autres procédés ou après leur échec, il obtient la cicatrisation rapide.

CONCLUSIONS

I. — Consécutivement aux blessures de guerre s'accompagnant de larges pertes de substances cutanées, certaines plaies, bien que bourgeonnantes, restent atones, sans activité épidermique à la périphérie, et réclament pour leur cicatrisation un temps extrêmement long.

II. — En présence de ces plaies à cicatrisation retardée, on peut retirer de grands avantages de l'utilisation du pansement au diachylon, préconisé autrefois par Braynton dans le traitement des ulcères variqueux.

III. — Ce pansement devra être fait avec des bandelettes de 1 centimètre de largeur, imbriquées les unes sur les autres en les croisant. Il dépassera largement les limites de la plaie et ne sera renouvelé qu'environ tous les huit jours.

IV. — Sous l'influence de ce traitement, les plaies présentent une cicatrisation épidermique périphérique qui apparaît sous forme d'un liséré blanchâtre. Les

progrès de cette épidermisation sont souvent de 1 centimètre par semaine.

V. — Le pansement au diachylon ne devra être appliqué que sur les plaies bourgeonnantes, qui ne s'épidermisent pas, et jamais sur les plaies sanieuses encore infectées.

VI. — Par cette méthode, nous avons pu observer dans le Service de M. Villard des guérisons rapides de plaies restées sans amélioration depuis plusieurs mois.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. POLLOSSON

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 avril 1916,

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION,
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

C. CHABOT.

BIBLIOGRAPHIE

- BORJER (Philippe), *Traité des Maladies chirurgicales*, art. ULCÈRES, 1844.
- CARNOT, les Phénomènes de végétation des tissus (*Actualités médicales*).
- CASENOUVE-SOULÉ, *Photothérapie dans les plaies atones* (th. Paris, 1904-1905).
- Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, articles ULCÈRES, AGGLUTINATIFS, CICATRISATION.
- DUPLAY et RECLUS, *Traité de Chirurgie : Traitement des ulcères*.
- FOLLEN, Etudes sur la Végétation des cicatrices (*Gazette des Hôpitaux*, p. 235, 1843).
- FORGUE, Cicatrisation (*Pathologie externe*).
- FORGUE et RECLUS, Pathologie des cicatrices retardantes (*Traité de Thérapeutique chirurgicale*, 2^e édition, 1896).
- MAUREL (Emile), *Conceptions modernes sur le traitement des plaies* (th. Paris, 1909-1910).
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique	11
CHAPITRE II. — Les plaies de guerre à cicatrisation lente.	16
CHAPITRE III. — La méthode de pansement des plaies ulcé- reuses par le sparadrap de diachylon gommé. . .	21
CHAPITRE IV. — Mode d'action du pansement au diachylon.	30
CHAPITRE V. — Observations	35
CONCLUSIONS.	47
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	49

